（様式１）

大阪市国民健康保険傷病手当金支給申請書（世帯主記入用）

被保険者情報	被保険者記号・番号	記号 阪国	番号（6ケタ）	世帯主氏名	
	（フリガナ） 氏　名			生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
	住　所	〒　　－			
振込先	金融機関名称	銀行 ・ 金庫 ・ 信組 農協 ・ 漁協 その他（　　）		本店 ・ 支店 出張所・本店営業部 本所 ・ 支所 その他（　　） ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入	
	金融機関コード			店番号	
	預金別	普通 ・ 当座 その他（　　）	口座番号		
	口座名義（カタカナ）				
		※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。※外国籍の方など、口座名義（カタカナ）の記載に不安な方は、口座名義がわかる通帳等のコピーをご提出ください。			

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

住　所　〒　　－

電話番号（　　）　　－
※必ずご記入ください

世帯主氏名

（提出先）　大 阪 市 長

誓約書兼同意書（**必ずすべて読み、全項目のチェック**をお願いします）

- ☐ 本申請書及び添付書類（以下「申請書等」という。）の記載内容が事実であることを誓約します。
- ☐ 申請期間内は、勤務先からの給与は減額または無給であり、休業手当等他の制度による給付がないこと及び他の制度からの給付があれば、傷病手当金の返還を誓約します。
- ☐ 大阪市が申請書等の事実確認のため、医療機関・事業所等に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

委任状　（世帯主以外の方が申請・受領する場合、記入が必要です。）

委任者（世帯主）	傷病手当金に関する　☐ 申請・　☐ 受領　を下記の代理人に委任します。　令和　　年　　月　　日				
	氏名		住所	同　上	
受任者	住所	〒　　－		世帯主との関係	**受任者の本人確認ができるものを必ずご提出ください。**
	（フリガナ）		日中連絡の取れる電話番号		
	氏　名				☐ マイナンバーカード、資格確認書、免許証等の写し

大阪市記入欄							
受付日	資格確認	申請書入力	審査	決定入力	支払帳票出力	通知	備考

【問合せ先】大阪市 福祉局 保険年金課 給付グループ（06-6208-7983）